

Leseprobe aus: **Wenn der Husten nicht mehr aufhört** von Jamie Koufman.

Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlages. Alle Rechte vorbehalten.



Hier geht's zum Buch

[>> Wenn der Husten nicht mehr aufhört](#)

Jamie Koufman

Wenn der Husten nicht mehr aufhört

Warum sich hinter chronischem Husten
oft stiller Reflux und Störungen
des Vagusnervs verbergen

Aus dem Englischen übersetzt von Imke Brodersen



VAK Verlags GmbH
Kirchzarten bei Freiburg

Titel der Originalausgabe: *The Chronic Cough Enigma*
ISBN der Originalausgabe: 978-1-94056100-4
Copyright © 2014 Katalitix Media

Verlag und Übersetzerin haben sich um eine geschlechtergerechte Sprache bemüht. Alle Angaben beziehen sich selbstverständlich auf Angehörige aller Geschlechter.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

VAK Verlags GmbH
Eschbachstraße 5
79199 Kirchzarten
Deutschland
www.vakverlag.de

© VAK Verlags GmbH, Kirchzarten bei Freiburg 2021
Übersetzung: Imke Brodersen
Lektorat: Nadine Britsch
Layout: Richard Kiefer
Umschlag: Sabine Fuchs, München
Satz: Ulrich Schmid, de·te·pe, Aalen
Druck: Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
Printed in Germany
ISBN: 978-3-86731-245-5

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 9 |
| Wieso kennt mein Arzt sich damit nicht aus? | 11 |
| EINLEITUNG | |
| Sind Sie ein Sonderfall? | 17 |
| KAPITEL 1 | |
| Nicht-pulmonaler chronischer Husten | 21 |
| KAPITEL 2 | |
| Diagnose und Chronischer-Husten-Index | 30 |
| KAPITEL 3 | |
| Postvirale Vagusneuropathie | 39 |
| KAPITEL 4 | |
| Neurogener Husten | 46 |
| KAPITEL 5 | |
| Stiller Atemwegsreflux | 51 |
| KAPITEL 6 | |
| Dr. Koufmans Reflux-Trainingslager | 61 |
| KAPITEL 7 | |
| Ist das wirklich Asthma? | 78 |
| KAPITEL 8 | |
| Speiseröhre nicht vergessen! | 83 |

KAPITEL 9

| | |
|---|-----|
| Integrative Aerodigestivmedizin: Ein Gesundheitsmodell für die Zukunft | 87 |
| Anhang A: Differenzialdiagnose | 97 |
| Anhang B: Quellenverzeichnis | 105 |
| Anhang C: Glossar | 113 |
| Stichwortverzeichnis | 139 |
| Über die Autorin | 143 |

Hinweise des Verlags

Dieses Buch dient der Information über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge. Wer sie anwendet, tut dies in eigener Verantwortung. Autorin und Verlag beabsichtigen nicht, Diagnosen zu stellen oder Therapieempfehlungen zu geben. Die hier vorgestellten Vorgehensweisen sind nicht als Ersatz für professionelle Behandlung bei ernsthaften Beschwerden zu verstehen.

Vorwort

Ein Vorwort soll Leserinnen und Lesern verraten, worum es in einem Buch überhaupt geht. Dass ich in der Lage bin, dieses Vorwort zu schreiben, beglückt mich, und ich möchte Ihnen den Grund dafür erklären. Heute bin ich 62 Jahre alt, doch noch vor zwei Jahren blickte ich mit Sorge in die Zukunft. Damals befürchtete ich jederzeit einen nächsten Asthmaanfall.

So lange ich zurückdenken kann, hatte ich etwas, das viele Ärzte als Asthma einstufte. Ohne Inhalator und Medikamente – mein Notfallset für einen eventuellen Anfall – verließ ich nicht das Haus. Wenn ich zu sehr lachte, begann ich zu giemen. Wenn ich schnorcheln ging, begann ich zu giemen. Irgendwann schien praktisch alles einen Asthmaanfall auslösen zu können.

Dummerweise stehe ich beruflich aber ständig im Rampenlicht. Zu einem bestimmten Zeitpunkt schaffte ich kaum einen Vortrag oder eine Fernsehsendung, ohne nach Luft schnappen zu müssen. Wer meine PBS-Sendung *The Money Class* genauer betrachtet, kann sehen und hören, wie ich nach jedem Satz um Atem ringe.

Mein Leben schien in eine Sackgasse zu laufen. Ein Jahr lang nahm ich keine neuen Engagements als Sprecherin oder Moderatorin mehr an. Die Aufzeichnungen meiner Shows dauerten ewig. Dass ich ein Problem hatte, wäre noch milde ausgedrückt.

Dann kam der Silberstreifen am Horizont: Ein Arzt, den mir Dr. Oz empfohlen hatte, glaubte, ich könnte unter Reflux leiden.

Wie bitte?

Nachdem mir zahllose Ärztinnen und Ärzte über Jahre das Gegenteil erklärt hatten, war ich zumindest skeptisch. Gott sei Dank hörte ich auf diesen Arzt und begab mich auf die Suche nach einem passenden Spezialisten. Allerdings rieten mir die Gastroenterologen, die mich untersuchten, durch die Bank zu derselben „lila Pille“, die bei mir keinerlei Wirkung zeigte.

Völlig frustriert entdeckte ich schließlich Dr. Jamie Koufman's Buch *Dropping Acid: The Reflux Diet Cookbook & Cure*. Völlig fasziniert dachte ich bei jeder neuen Seite nur noch: „Wow, das klingt total logisch. Ich muss zu dieser Ärztin!“

Zwei Jahre später kann ich sagen:

Dr. Jamie Koufman hat mir das Leben gerettet. Das mag übertrieben klingen, aber so empfinde ich es. Wenn man ständig um Luft ringt und nicht mehr richtig sprechen, schlafen oder viel anderes tun kann, bekommt das Leben eine völlig neue Bedeutung. Dank Dr. Koufman hat sich all das für mich geändert.

Die Refluxbehandlung ist komplex, weil es um weit mehr geht als um eine regelmäßige Medikamenteneinnahme. Was man isst, wie man isst und welche Medikation individuell geeignet ist (falls überhaupt nötig), das ist eine Wissenschaft für sich, und darin ist Dr. Koufman eine versierte Expertin.

Für die Leserinnen und Leser, die seit Jahren unter „Asthma“ leiden (und natürlich für die, die bereits wissen, dass sie Reflux haben), gibt es Methoden, die ihnen gestatten werden, sich wieder auf jeden neuen Tag zu freuen.

Ich danke Dr. Koufman aus tiefstem Herzen für dieses Buch und für ihr Wissen über dieses quälende und doch heilbare Krankheitsbild.

Suze Orman

Wieso kennt mein Arzt sich damit nicht aus?

Als ich dieses Buch schrieb, war mir nicht bewusst, dass es noch auf Jahre die einzige verfügbare Informationsquelle zu diesem Thema bleiben würde. Insofern ist es aus diversen Gründen wichtig. Erstens vermittelt es Menschen, die an chronischem Husten leiden, Hoffnung und es zeigt ihnen Wege zur Gesundheit auf. Zweitens kann es zur Aufklärung von Ärzten eingesetzt werden. Und drittens legt es nahe, dass das amerikanische Gesundheitssystem neu organisiert werden sollte: Für die häufigsten Krankheiten des Aerodigestivtrakts sollten Allgemeinmediziner und Hausärzte zuständig sein. Allerdings bräuchten genau diese Ärztinnen und Ärzte dann Weiterbildungen für die *Integrative Aerodigestivmedizin* (wie ich sie praktiziere), um eine teure und ineffektive Facharzttodyssee zu vermeiden.

Chronischer Husten ist noch immer ein Mysterium, weil die Tatsache, dass laryngopharyngealer Reflux (LPR) – aktuell gern als *respiratorischer Reflux* oder Atemwegsreflux bezeichnet – eine Hauptursache von chronischem Husten ist, sich in der Ärzteschaft noch nicht herumgesprochen hat. Auch der neurogene Husten, der bei der Prävalenz an zweiter Stelle folgt, scheint unsichtbar zu bleiben. Er gleicht einem rätselhaften schwarzen Loch der Medizin. Und während der Text dieser Ausgabe nur an wenigen Stellen überarbeitet wurde, bestätigt meine Erfahrung bei der Behandlung einiger Tausend Hustenpatientinnen und -patienten alle Beobachtungen und Schlussfolgerungen dieses Buches.

Chronischer Husten – also Husten, der länger als vier Wochen anhält – ist ein extrem verbreitetes Krankheitsbild. Dennoch sind klassisch ausgebildete Ärzte in Bezug auf die Diagnose und Behandlung von *nicht-pulmonalem Husten* bis heute häufig überfragt. Nicht-pulmonal? Die meisten Menschen mit chronischem Husten sind Nichtraucher und haben keine Lungenkrankheit – das ist die Definition von „nicht-pulmonal“. Und nicht-pulmonaler Husten ist verbreiteter als die pulmonale Variante.

In den letzten Jahren habe ich Hunderte von Briefen von unbekanntem Lesern und Leserinnen erhalten, die sich bei mir bedankten, weil das Buch ihnen geholfen hat, gesund zu werden. Viele Betroffene haben auch ihren Hausärzten eine Ausgabe zukommen lassen. Sie klären ihre Ärzte auf, damit diese in der Lage sind, ihnen zu helfen. Und natürlich kamen auch Dankeschreiben von Medizinern. Für welche Zielgruppe ist dieses Buch somit geeignet? Inzwischen sind es offenbar Ärzte *und* Patienten.

Dieses Buch und der Einsatz der Fragebögen zur Diagnostik (Seite 33 bis 35), hier sei besonders der *Chronische-Husten-Index* (CCI) erwähnt, bietet sich für alle Fachrichtungen an, die an der Behandlung von Husten mitwirken, darunter Pneumologie (Lungenfachärzte), Otolaryngologie (HNO-Ärzte), Allergologie, Kinderheilkunde, Intensivmedizin sowie natürlich die „Generalisten“ in der Allgemeinmedizin und der Hausarztpraxis.

Wenn jemand über „Husten“ klagt, denkt man spontan, dass der Lungenfacharzt die passende Anlaufstelle sein sollte. Aber Lungenspezialisten lernen in der Facharztausbildung wenig über refluxinduzierten und neurogenen Husten. Wie kann es sein, dass Fachärzte, die täglich die Atemwege behandeln, so wenig darüber wissen? Zumindest in den Vereinigten Staaten ist das Problem die Überspezialisierung. In Bezug auf Atemwegsreflux und chronischen Husten scheitert das amerikanische Facharztsystem, denn die Unterteilung des Körpers in kleine, nicht-überlappende anatomische Einheiten ist an dieser Stelle unlogisch. Atemwegs- und Verdauungssystem sind aufs Engste miteinander verbunden,

aber unsere Fachärzte erfahren in ihrer Ausbildung leider zu wenig darüber.

Im Verlauf meiner eigenen ärztlichen Tätigkeit als Pionierin und Expertin für die Auswirkungen von saurem Reflux auf Kehlkopf und Luftwege (laryngopharyngealer Reflux, LPR, stiller Reflux oder Atemwegsreflux sind Begriffe, die ich dafür geprägt habe), wurde mir bewusst, dass stummer, meist nächtlicher Reflux in die Atemwege extrem verbreitet und zugleich der bei Weitem häufigste Grund für chronischen Husten ist. Zudem ist er auch die bei Weitem häufigste Ursache für „Allergien“, „Asthma“, „Nasennebenhöhlenentzündungen“ und echte Schlafapnoe.

Seit den 1970er-Jahren verlaufen die Entwicklungen neuer medizinischer Verfahren und die Facharztausbildung parallel und in Riesensprüngen. Damit stehen wir vor dem klassischen Henne-Ei-Problem. Seit 1975 stellt die Firma Olympus hochwertige Endoskope bereit, mit deren Hilfe Gastroenterologen Speiseröhren- und Magenspiegelungen sowie Darmspiegelungen vornehmen konnten.

Da Fachärzte fast immer für begrenzte anatomische Bereiche zuständig sind, wurde den Gastroenterologen die Zuständigkeit für Reflux zugeordnet. So entstand das Mantra: „Reflux ist Sodbrennen, Sodbrennen ist Reflux, das findet in der Speiseröhre statt, und die gehört uns.“ Endoskopien im Verdauungstrakt sind mittlerweile ein milliardenschweres Geschäft. Und warum fehlt eine facharztübergreifende Zusammenarbeit? Weil die Aufteilung des Körpers unter verschiedenen Fachärzten Konkurrenz und Grabenkämpfe verhindern soll.

Als meine ersten Arbeiten zu laryngopharyngealem Reflux erschienen, darunter meine Hauptarbeit *The Otolaryngologic Manifestations of GERD* (1991), in der ich das pH-Monitoring in Hals und Rachen sowie klinische und experimentelle Daten zur Diskussion stellte, regte sich Widerspruch seitens der Gastroenterologen. (Damals bezeichnete ich LPR noch als GERD.) Noch viele Jahre später wehrten sich einflussreiche Stimmen in der Gastroenterologie gegen die Vorstellung, dass Reflux die

Luftwege beeinträchtigen könnte – vielleicht, weil diese Vorstellung ihre Alleinzuständigkeit für Reflux bedrohten könnte.

Das Problem ist, dass nur 17 Prozent der Refluxpatienten auch Sodbrennen und Oberbauchbeschwerden aufweisen. Das heißt, mehr als vier von fünf Refluxpatienten sind nicht von GERD betroffen, sondern von LPR.

Da Gastroenterologen nicht gezielt auf LPR testen können, kommen Atemwegsspezialisten mit ihrer Diagnose schlecht weiter. Denn wenn Lungenfachärzte auf Reflux tippen, schicken sie ihre Patienten in der Regel zum Gastroenterologen, dessen Diagnostik für Patienten mit Atemwegsreflux jedoch leider ungeeignet ist.

Hierzu sollte man sich bewusst machen, dass Atemwegsreflux zwar die häufigste Ursache für chronischen Husten ist, aber auch weitere Ursachen in Betracht kommen, unter denen der *neurogene Husten* gleich an zweiter Stelle liegt. Als Kehlkopfspezialistin (Laryngologin) fiel mir auf, dass partielle Lähmungen (Paresen) der Stimmlippen verbreitet sind und häufig mit chronischem Husten nach einer Virusinfektion zusammenhängen.

Hier kommt die Kurzfassung: Anatomisch hat der Mensch zwölf Hirnnerven. Diese Nerven sind direkt vom Gehirn aus nicht nur für unsere Sinne, sondern auch für andere Funktionen zuständig. Der zehnte Hirnnerv ist der *Vagusnerv* und damit der „Hansdampf“ unter den Nerven. Der Vagus steuert das gesamte Atemwegs- und Verdauungssystem mit Ausnahme des Zwerchfells. Dabei verlaufen seine Fasern knapp unter der Rachenschleimhaut und sind daher anfällig für Schäden durch akute Atemwegserkrankungen aufgrund von Virusinfektionen und anderen Ursachen.

Wenn ein Patient vor dem Einsetzen von chronischem Husten eine akute Atemwegserkrankung hatte, liegen in der Regel eine Stimmlippenparese und damit ein Hinweis auf eine Infektion oder Schädigung des Vagusnervs vor. Meine Diagnose lautet

dann *postvirale Vagusneuropathie*, sozusagen ein „Kranker-Nerv-Syndrom“. Doch auch für den Vagusnerv ist niemand zuständig. Selbst Neurologen – als Fachärzte für Nervenerkrankungen – kennen sich mit dem Vagus nicht immer umfassend aus. Andererseits betreffen Probleme mit dem Vagusnerv alle Fachgebiete, die sich mit dem Atemwegs- und Verdauungssystem befassen.

Ich habe viel Erfahrung mit der Behandlung von neurogenem Husten, für dessen Diagnose der von mir entwickelte *Chronische-Husten-Index* (CCI) eine große Hilfe darstellt, unabhängig davon, ob gleichzeitig Reflux vorliegt oder nicht. Wichtig ist die Unterscheidung, dass feuchter (produktiver) Husten in der Regel auf Reflux beruht, während trockener Husten für gewöhnlich neurogen bedingt ist. Neurogener Husten ist heilbar, genau wie Reflux, aber die Behandlungen unterscheiden sich.

Zu guter Letzt sei betont, dass es in diesem Buch zwar ausdrücklich um nicht-pulmonalen chronischen Husten geht, dass aber Atemwegsreflux dennoch Lungenkrankheiten hervorrufen oder verschlimmern kann. Häufig ist er sogar die tatsächliche Ursache. Meiner Beobachtung nach kann Atemwegsreflux erheblich zur Entstehung aller Atemwegserkrankungen beitragen. Zum Beispiel leiden Patienten mit echtem Asthma mehrheitlich unter Reflux, der seinerseits auch Asthmaanfälle auslösen kann. Darüber hinaus kann Atemwegsreflux hinter einer chronischen Bronchitis, einem Emphysem und sogar Lungenkrebs stecken. Weiterführende Informationen über die vielfältigen Auswirkungen von Atemwegsreflux auf die Lunge sind (in englischer Sprache) auf meinem Blog zu finden: www.jamiekoufman.com

Jamie Koufman, M.D, F.A.C.S.*
Dezember 2020

* MD steht für *Medical Doctor*, FACS steht für *Fellow of the American College of Surgeons*, d.h. Mitglied der US-amerikanischen chirurgischen Fachgesellschaft.

EINLEITUNG

Sind Sie ein Sonderfall?

Scheuen Sie vor Kino- oder Konzertbesuchen zurück, weil Ihr lautes Husten Ihnen peinlich wäre? Wenden Menschen im Fahrstuhl oder im öffentlichen Raum sich mitunter ab, weil sie fürchten, sie könnten sich bei Ihnen mit einer schlimmen Krankheit anstecken? Haben Sie eine vergebliche Ärzteodyssee bei diversen Spezialisten hinter sich? Wenn Sie (oder ein Angehöriger) seit Monaten oder Jahren husten und nichts zu helfen scheint, dann ist dieses Buch für Sie.

Quälender Husten, der partout nicht aufhören will, zählt zu den häufigsten Gründen für einen Arztbesuch und kann das Leben stark einschränken. Dennoch sind gegenwärtig Millionen von Menschen mit *chronischem Husten* falsch diagnostiziert und bleiben unbehandelt. Der Grund dafür liegt in der Überspezialisierung der Medizin und der Problematik, *neurogenen Husten* (Kapitel 4) und *refluxinduzierten Husten* (Kapitel 5) zu unterscheiden, zu diagnostizieren und zu behandeln.

Es gibt zwar Lungenfachärzte (*Pulmologen* oder *Pneumologen*), doch chronischer Husten ist häufig *nicht-pulmonal* – die Erkrankung der Lunge ist also nicht die eigentliche Ursache für den Husten. Sobald eine Pneumologin oder ein Pneumologe den Patienten somit erklärt, dass deren chronischer Husten nicht von der Lunge herrührt, sind sie für diese Betroffenen nicht mehr zuständig.

Chronischer Husten ist für die meisten Ärzte ein unerklärliches Rätsel, und wenn die Patientinnen und Patienten irgendwann bei mir landen, sind sie meist frustriert, verunsichert und wütend.

Die meisten meiner Hustenpatienten haben ein gutes Dutzend Facharztbesuche mit aufwändigen Tests und vergeblichen Behandlungsbemühungen hinter sich. Leider ist kaum jemand in der Lage, stillen Atemwegsreflux oder neurogenen Husten (infolge einer gestörten Vagusfunktion) zu diagnostizieren, obwohl dies die häufigsten Ursachen für chronischen Husten sind.

Als *HNO-Fachärztin* habe ich gelernt, Krankheiten im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich zu diagnostizieren und zu behandeln, doch 20 Prozent meiner Patientinnen und Patienten klagen über chronischen Husten. Dafür bin ich inzwischen Expertin, weil ich mich auf diese Beschwerden spezialisiert habe. Als *Laryngologin* (Spezialistin für Stimm- und Rachenprobleme) habe ich jahrzehntelange Erfahrung mit hartnäckigem, angeblich unheilbarem stillem Reflux und chronischem Husten.

Die Überlegungen, die ich Ihnen hier vorstelle, werden in der Medizin bisher mit Skepsis betrachtet.

Dieses Buch habe ich geschrieben, weil ich meinen Fachartikel „The Diagnosis and Management of Non-Pulmonary Chronic Cough“¹ nicht veröffentlichen konnte. In diesem Artikel konnte ich darlegen, dass 40 Prozent der Betroffenen, die bei mir vorstellig wurden, refluxinduzierten Husten hatten, bei 14 Prozent war der Husten neurogen, und 46 Prozent wiesen eine Mischform auf.¹

Der Artikel wurde rundweg abgelehnt. Einer der prüfenden Kollegen ging davon aus, dass ich pathologische Lungenveränderungen übersehen hätte, ein anderer stufte chronischen Husten als psychisches Problem im Sinne einer neurotischen Angewohnheit ein.

Das übliche Peer-Review-Verfahren war in meinem Fall möglicherweise ungünstig, weil ich einen fachgebietsübergreifenden Ansatz gewählt hatte, wodurch sich meine HNO-Kollegen dazu gedrängt fühlten, für Patienten mit nicht-pulmonalem, chronischem Husten zuständig zu sein. Im Ablehnungsschreiben des Verlags hieß es: „Der Fokus dieses Artikels ist für unsere Fachzeitschrift zu breit.“ Bei chronischem Husten wollte dieser Verlag also lieber passen.

Ich habe schon andere Patientenratgeber geschrieben für Menschen, die in der Medizin leicht durch das Raster rutschen. Auch mein Buch *Dropping Acid: The Reflux Diet Cookbook & Cure*² hinterfragt viele Standardthesen zu *gastroösophagealem Reflux*. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte stufen Reflux zumeist als unheilbare, chronische Gesundheitsstörung ein, gegen die nur eine lebenslange Medikamenteneinnahme hilft. Aber das stimmt nicht. Mit gesunder Ernährung und Lebensstilveränderungen ist Reflux heilbar³, und er ist die häufigste Ursache für chronischen Husten.¹ Darauf gehe ich später näher ein.

Die häufigste Frage meiner Patienten lautet: „Warum hat mir das vorher noch niemand erklärt?“ Auch deshalb habe ich dieses Buch geschrieben.

Ich möchte frustrierte Patientinnen und Patienten dazu animieren, dem Problem selbst nachzugehen. Doch auch, wenn die Ursache klar ist, ist die passende Therapie nicht überall zu bekommen.

Und wenn Sie dann nebenbei feststellen, dass Ihr Asthma gar kein echtes Asthma ist, befinden Sie sich in bester Gesellschaft. Wie Sie in Kapitel 7 sehen werden, ist „Asthma“ zumindest in den USA eine verbreitete Fehldiagnose – in der Regel steckt stiller Atemwegsreflux dahinter.

Dieses Buch ist eine Ergänzung zu meinem ursprünglichen, unveröffentlichten Artikel über chronischen Husten, und es richtet sich an Betroffene. Der Artikel selbst präsentiert 50 Fallstudien

(Anamnese, Befunde, Untersuchungsergebnisse und Behandlung) von Patienten mit chronischem Husten.¹ Diese Auswahl vermittelt einen guten Überblick über Tausende vergleichbarer Patienten und damit über meine komplette berufliche Erfahrung als Ärztin und Wissenschaftlerin.¹⁻⁷⁰

Ich gehe davon aus, dass dieses Buch einen neuen, wertvollen Blickwinkel auf unerklärlichen chronischen Husten bieten kann. Und ich hoffe, dass es für Sie, Ihre Angehörigen und auch für Ihren Arzt oder Ihre Ärztin von Nutzen sein wird. Denn mit der korrekten Diagnose ist chronischer Husten in den meisten Fällen heilbar.

KAPITEL 1

Nicht-pulmonaler chronischer Husten

Chronischer Husten zählt zu den häufigsten Symptomen, derenwegen ein Arztbesuch fällig wird.⁷¹ Dennoch erhält ein großer Teil der Betroffenen keine korrekte Diagnose und somit auch keine wirksame Behandlung.^{1,71-76} Selbst Lungenfachärzte und andere Spezialisten für Atemwegserkrankungen wie Allergologen und HNO-Ärzte stoßen bei chronischem Husten an ihre Grenzen.⁷²⁻⁷⁶

Zu den gefährlichen pulmonalen Ursachen für chronischen Husten zählen beispielsweise Tuberkulose, Pneumonie (Lungenentzündung) und Lungenkarzinome. Bei chronischem Husten müssen solche Ursachen zunächst durch einen Arztbesuch und ein Röntgenbild ausgeschlossen werden. Hierzu ist auch ein Hauttest auf Tuberkulose sinnvoll.

Der erste Schritt bei chronischem Husten ist der Ausschluss einer pulmonalen Ursache. „Nicht-pulmonal“ bedeutet in diesem Buch, dass nachweislich keine primäre Lungenerkrankung vorliegt.

Ein großer Patientenanteil in meiner Praxis hat mit hartnäckigem, nicht-pulmonalem chronischem Husten zu kämpfen. In der folgenden Tabelle 1 sind die typischen Ursachen in der Reihenfolge

der Prävalenz zusammengefasst. Ergänzend werden diese Diagnosen in *Anhang A: Differenzialdiagnose* kurz besprochen.

Bei den meisten Hustenpatienten, die von anderen Ärzten an mich verwiesen werden, soll ich einen stillen *Atemwegsreflux* oder laryngopharyngealen Reflux (LPR) bestätigen oder aber ausschließen. Stiller Reflux ist die bei Weitem häufigste Ursache für einen schwer zu diagnostizierenden chronischen Husten. Die zweithäufigste Ursache ist neurogener Husten. Die Diagnosen 3 bis 7 in Tabelle 1 sind weniger häufig, die Diagnosen 8 bis 13 selten.

| Tabelle 1: Ursachen für nicht-pulmonalen chronischen Husten* |
|---|
| 1. Atemwegsreflux (laryngopharyngealer Reflux; LPR) |
| 2. Neurogener Husten (wegen postviraler Vagusneuropathie) |
| 3. ACE-Hemmer |
| 4. Aspiration wegen Glottisinsuffizienz (Paralyse) |
| 5. Asthma / Allergie / Sinusitis / Postnasal-Drip-Syndrom |
| 6. Zenker-Divertikel (distales Ösophagusdivertikel) |
| 7. Unerkannter Fremdkörper in den Bronchien |
| 8. Tracheoösophageale Fistel |
| 9. Tracheobronchialer Tumor (auch Karzinom) |
| 10. Ösophagusachalasia |
| 11. Ortner-Syndrom |
| 12. Ohrenschalzpfropf |
| 13. <i>Mammomonogamus laryngeus</i> |

* Diese Tabelle beruht auf den gesammelten Erfahrungen der Autorin und stellt *keine* abschließende Liste aller denkbaren Ursachen und Diagnosen bei Husten dar. Zudem liegt der Fokus in diesem Buch ausdrücklich auf refluxinduziertem und neurogenem Husten, nicht auf anderen (insbesondere pulmonalen) Ursachen.

Noch einmal: Hier geht es um die nicht-pulmonalen Ursachen von chronischem Husten. Das möchte ich wiederholen, weil pulmonale Ursachen mitunter mehr als einmal ausgeschlossen werden müssen.

Wenn beispielsweise eine Hustenpatientin zur fachärztlichen Beurteilung zu mir geschickt wird und seit Jahren keine Lungen-diagnostik durchgeführt wurde, fordere ich zumindest eine Röntgenaufnahme der Brust, einen TB-Hauttest und Lungenfunktionstests an. Außerdem berate ich mich regelmäßig mit einem Pneumologen.

Lungenspezialisten wissen allerdings häufig eher wenig über nicht-pulmonalen chronischen Husten. Das American College of Chest Physicians räumt in seinen Husten-Leitlinien (*Management of Cough Clinical Practice Guidelines*) ein, dass Diagnose und Behandlung von chronischem Husten nach wie vor eine Herausforderung darstellen.⁷²

Nicht alle diagnostischen Verfahren zur Ermittlung der Ursache von Husten sind bekannt ... Häufig ist eine sequenzielle und additive Therapie entscheidend, weil bei Husten vielfach mehr als eine Ursache vorliegt. Unumgänglich für den Erfolg ist eine deutliche Verbesserung oder ein Ende des Hustens. Auf dieser Basis haben sich empirische Behandlungsansätze, die systematisch häufige Ursachen von Husten angehen, als sinnvoll erwiesen und sind somit ein wichtiger Bestandteil des erfolgreichen Vorgehens bei der Diagnose und Therapie von Husten.⁷²

Empirisch behandeln – was bedeutet das? Wenn ein Arzt empirisch vorgeht, verordnet er seinem Patienten beispielsweise bei Verdacht auf einen refluxinduzierten chronischen Husten ein Arzneimittel gegen Reflux. Hört der Husten auf, hat das Medikament die gewünschte Wirkung erzielt.

Bei chronischem Husten wegen Reflux in die Atemwege (Atemwegsreflux) funktioniert dieser empirische Therapieversuch jedoch leider nicht.^{74,75}

Eine alleinige Refluxbehandlung mit Säureblockern (etwa mit PPI, kurz für Protonenpumpen-Inhibitoren oder Protonenpumpenhemmer) ist als Diagnoseverfahren nicht hilfreich. Wenn chronischer Husten auf die Anti-Reflux-Medikation nicht anspricht, schließt das Reflux als Ursache dennoch nicht aus.

Auch der Säuregehalt (pH-Wert) des Refluats* ist bei reflux-induziertem Husten relativ unwichtig, weil Reflux, der in die Atemwege gelangt, unabhängig von seinem Säuregehalt Husten auslösen kann. Auch das Aspirieren einer kleinen Menge pH-neutralen Refluats kann Husten verursachen.

Was bei der Rolle und Diagnose von Reflux bei chronischem Husten außerdem häufig für Verwirrung sorgt, ist der Umstand, dass die gegenwärtigen Verfahren zur Refluxdiagnostik in Gastroenterologie und HNO-Heilkunde ungenau sind.

Bei der Sichtung meiner pH-Monitoring-Daten fand ich heraus, dass die Vorhersagbarkeit für Atemwegsreflux nur bei 49 Prozent lag, wenn dafür ausschließlich auf den ösophagealen Reflux geschaut wurde.^{67,69} Bei Verfahren zur gastroenterologischen Refluxdiagnostik (im Magen-Darm-Trakt) fehlen in der Regel die Daten zum pharyngealen Reflux, weshalb eine ösophageale pH-Messung (also in der Speiseröhre) praktisch nutzlos ist.⁶⁷

Möchten Sie wirklich eine Untersuchung durchführen lassen oder dieser vertrauen, die nicht einmal in der Hälfte der Fälle richtig liegt?

* Als Refluat bezeichnet man den im Rahmen einer Refluxerkrankung vom Magen in die Speiseröhre zurückfließenden Speisebrei; Anm. d. Übers.